

看護と情報 —個別化された標準化看護の実現にむけて—

Nursing and Information : An Approach to Achieving Individualized Standard Nursing

司 会	杉浦美佐子	SUGIURA Misako	(日本赤十字豊田看護大学)
話題提供	中村 真穂	NAKAMURA Maho	(京都第二赤十字病院)
	小瀬裕美子	KOSE Yumiko	(名古屋第二赤十字病院)
	小林 純子	KOBAYASHI Sumiko	(日本赤十字豊田看護大学)



杉浦美佐子
SUGIURA Misako



中村 真穂
NAKAMURA Maho



小瀬裕美子
KOSE Yumiko



小林 純子
KOBAYASHI Sumiko

産業界においてすでに常識となっている標準・標準化の概念や方法論は、IT化・電子カルテ導入の進む医療・看護分野でも活用されている。標準とは、マネジメントにおける計画の結果であり、標準化とはベストプラクティスの共有手段である。飯塚は、標準化の目的を「単純化, 統一」であるとしたうえで, “Save Thinking: 独創的であるためには, 考えずにすむことは考えず, その分考えなければならないことをとことん考えよう”の教訓を示している。この考え方は、電子カルテやクリティカルパス導入等に代表される標準化に拍車がかかれば、逆に患者の個性を見失う…といった最近の医療・看護の問題が指摘される現状にあって、私たちが「標準化を実践し、かつ、個別化も保障する看護」をめざすための重要なヒントになる

杉浦美佐子

う。標準 (=一定, 規則) と個別 (=変化, 変更) は相容れないように見える。しかし、実は看護者の対象をとらえる視点、情報収集能力、アセスメント力、問題解決のための知識・智恵、看護技術がしっかりしてさえいれば、標準化と個別化は、患者の望むよい看護実践を支える両輪になると筆者は考える。適切な標準化は、個別化を補完する基礎となり、看護師が看護師たる独創性のある仕事をする基盤となる可能性も秘めている。そして、質の高い仕事のためには、新しいこと、難しいこと、重要なことにリソース (人, 時間, カネ) をつぎ込まねばならない。そして、分かっていること、やさしいことに時間を使うのは無駄なばかりか、入院患者の在院日数の減少や高度で煩雑な業務をこなさねばならない医療・看護の現場においては、逆

に仕事全体の質と効率を落とすことになりかねない。看護の形式知（すでに経験して「良い」ということが分かったモノや方法の基準、ルール）を基に、標準化（形式知を必要なだけ統一、制約、統制したもの）が図られたものについては、返って深く考えない（＝省思考）で、良いものを適用するのが賢い方法である。

本セッションでは、電子カルテ時代、標準化推進をむかえたこの時期にあって、質保証のための標準化と個別化の取り組みについて、以下の3者にそれぞれの立場で聴かせていただいた。

1) 中村真穂氏（京都第二赤十字病院）には、日本赤十字施設の病院の中でも、先駆的に電子カルテを導入し運用している立場から、「電子カルテによる標準化と個別化への取り組みの様子」を具体的にお話しいただいた。今後導入を予定している病院へのメッセージとして、

①看護記録の電子化は、記録にかかる業務時間の短縮と患者ケアの支援、医療従事者間の情報共有、データの活用、標準化による看護実践過程の最低限の記録が保証されるなどのメリットが得られる。反面、中には十分なアセスメントがされないまま標準化されたものに頼り、個別性を欠いた計画となる、経過記録が携帯端末から自動入力されることで、問題ごとのSOAPが有効に活用されず、計画を適切に修正する意識が薄れやすい等のデメリットもあること、

②電子カルテ導入の際、看護記録の標準化と個別化を実現するためには、本質となる理論や思考過程と看護記録の意義を看護師が理解していることと、そのための継続的な教育が重要であることが、伝えられた。

2) 小瀬裕美子氏（名古屋第二赤十字病院）には、今後の電子カルテ導入を視野に入れつつ、「看護の見える記録」をめざして患者情報のデータベース用紙や看護記録用紙の改善、院内看護師教育に取り組んでいる立場から、話題提供していただいた。

「看護の見える記録」をめざすことにした経緯、現状の看護記録の問題点、そして看護の視点に基づいたデータベースを作成しなおした過程とその苦勞について、しかし、一丸となってこの課題にトライしている名古屋第二赤十字病院看護部の活動が活性化したプロセスがひしひしと伝わってくる頼もしいお話であった。

①一元化した共同の問題志向型システム記録を使用する際には、看護師は意識しないと「医療（疾患）モデル」で、患者の問題点をとらえがちであり、「看護モデル」、全人的に看護の視点で疾患をもった患者をとらえる訓練が必要であること、

②治療を受ける患者の身体的状態と心理状態、社会、霊的な面から全人的に看護の視点で患者をとらえ

るデータベース作成の必要性について、

③看護診断を導入することとし、患者を観察して、帰納的推論で看護診断を導いて来るよう「ゴードンの11の機能的健康パターン」をデータベースとして採用すること、看護診断は名古屋第二赤十字病院が急性期病院であることを考慮して、共同問題も含むリングJカルペニートの看護診断を用いること、

④既存の財産である「疾患別標準看護計画」は医学診断に伴う観察ポイント・処置を参照するために継続活用できること、これに加え、看護診断に至った看護問題の原因・誘因と反応、看護診断で取り上げた問題への対応を記載して「看護が見える」ようにしたこと、が話題提供された。

3) 最後に、小林純子氏（日本赤十字豊田看護大学）が、標準化・個別化の意義を理解し、実践できる看護職育成のための看護基礎教育課程での取り組みについて、

①平成21年度カリキュラム改正のポイントの一つに「学生の看護実践能力の向上」があげられているが、わが国の一般病床の平均在院日数が短縮している状況では、学生の臨地実習期間中に受持ち患者が退院されることが多い。このため、臨地実習で受持ち患者のアセスメントをするという学習の機会が確保されにくいこと、臨床では、電子カルテの普及により標準化された看護計画が導入され、ともすれば学生のアセスメント能力獲得は容易でないこと、

②とくに、小林氏が教授する精神看護学領域では、対象の精神病理的側面だけではなく、治療・症状がもたらす身体的側面、心理的・社会的側面などを含め、対象の全体像を捉えることが重要であること、

③日本赤十字豊田看護大学で自主開発し、赤十字看護教育施設や赤十字病院と共同活用している看護過程学習支援システムCASYSNUPLを活用した「気づくことや感じることを重視した教育方法の実際が紹介がされた。

3人の話題提供者に共通していたことは、医療現場では患者は100人いれば100通りの看護展開があり、標準化と同時に個別化も必要となること、標準化とは、誰でもが「そこまでは行ける」と考える“最低水準”の保証であること、患者一人ひとりのニーズに合致した質の高い看護を提供しようとすれば、個別化も必要であることに集約された。それを病院内のシステム上でどのように具体的に表していくのか、あるいは基礎教育の中で実現していくのかが、それぞれの立場での課題であると考えた。

文 献

飯塚悦功・信友浩一. クリニカルパスを基軸とした診療プロセス質保証システムの確立.

<http://www.cs-oto.com/jcmi2004/paper/jcmi24/paper/x40501/p40501.html>

電子カルテによる標準化と個別化への取り組み

中村真穂

はじめに

京都第二赤十字病院は、実働病床数640床、平均在院日数13.5日(平成20年3月)の救命救急を核とする地域医療支援病院である。当院では、2004年1月から総合医療情報システム、2006年3月から看護記録支援システムを稼動し、現在看護記録に2つの電子システムを使用して問題志向型看護記録(PONR)で記載している。看護記録の電子化において、看護の標準化と個別化を実現するための当院の取り組みについて紹介する。

1. 当院の電子カルテ

2004年1月に稼動した電子カルテを中心とする総合医療情報システムは、「最善の医療を安全に提供する」という理念のもと導入された。医療行為を各段階でリアルタイムに正確に記録し、そのデータを医療事故防止につなげることを最重視したシステムである。看護師は携帯端末(PDA)によりベッドサイドから、注射業務における患者認証と、経過記録の入力を行うようになった。注射業務における安全性は確保された反面、医療行為を中心とした経過記録の共有が強調され過ぎ、一患者一記録の概念が薄くなるのが危惧されるようになった。そのため、2年後の2006年3月、「患者の個別性に応じた看護実践を証明できる看護記録」を目標に、看護記録支援システム(Solemio Nurse Careplan)を業者と共同開発し稼動した。

2. 電子カルテ導入時の取り組み

記録の電子化においては、単にコンピュータを利用するというのではなく、そこで何を実現しようとするのかを見極めて関わること、看護用語やコードの標準化が重要である。電子カルテ導入当時は標準化された看護用語がなく、まず当院独自に用語の標準化を行った。また看護診断においてはNANDAを使用し、看護診断に対応した当院の標準看護計画を再整備した。さらに、疾患症状別看護基準を見直し、これらの標準化したデータを電子カルテ・看護記録支援システムのマスタに組み込んだ。

看護記録支援システムの画面は、看護目標・問題リ

スト・看護計画と評価が一画面で表示される。このことにより、PONRが意識され分かりやすい。データベース(患者情報)からアセスメントの後、マスタのNANDA看護診断から選択すると、標準化した看護目標と計画(OP・TP・EP)が看護師への支援として連動して表示される。これらの内容はすべて患者に応じて修正・追加して利用することになる。標準化によるケアの均質化を保障しながら、患者の個別性をより明確化することを目指して作成した。

3. 電子カルテのメリットとデメリット

看護記録の電子化は、記録にかかる業務時間の短縮と患者ケアの支援、医療従事者間の情報共有、データの活用など、大きなメリットをもたらした。当院のシステムは現在も開発中であり、今後さらに患者への説明責任や、Evidence-Based Nursing(EBN)の実践・開発(研究)のためのデータ活用においてメリットをもたらしてくれるはずである。また看護記録の質的側面においては、標準化により看護実践の過程の最低限の記録が保障された。

反面、次のような課題を抱えている。

1) 現実の患者の問題との乖離

電子システムは、看護師の思考過程までは支援しないため、情報収集能力やアセスメント能力等においては、紙媒体と変わらず看護師への教育が重要である。

2) 個別性

電子システムにより、表面的には誰でも短時間で標準的な計画が立案できるようになった。その上で個別化を実現するよう考えたシステムであるが、中には十分なアセスメントがされないまま標準化されたものに頼り、個別性を欠いた計画となるデメリットもみられている。

3) 日々のアセスメントを受けた計画の修正

経過記録が携帯端末から自動入力されることで、患者問題ごとの日々のアセスメントを行い、計画を適切に修正するという意識が薄れやすい。

4. 導入後の取り組み

2004年からの電子カルテ導入以降は、「何をどこに

書くか」の教育が優先課題であった。システムが整ったところで、前述の課題を解決し、「患者の個別性に応じた看護実践を証明できる看護記録」となるよう質の向上を目指して、2007年度より看護記録委員会メンバーをスタッフから病棟係長へ組織改変した。そして最初に取り組んだのは、メンバーとなった病棟係長の教育である。今求められる看護記録についての概念的理解や、看護過程、Problem Oriented System (POS)：問題志向システム等、記録の本質的理解を深めるため、各看護単位の核となる病棟係長の教育を行った。そしてスタッフへと広めていけるよう、その内容を看護記録基準にまとめた。

今後の課題としては、思考過程を支援するシステムの稼働や、質的監査システムの確立と、看護記録についての継続教育を考えている。

「看護の見える記録」をめざして —看護アセスメントの枠組みにゴードンの機能的健康パターンを用いる—

1. 当院の診療記録の現状と看護記録の問題

急性期病院において、2次・3次救急の急性期治療の患者増加とともに、平均在院日数の短縮で入院の煩雑する中、現場では医療安全を最優先する上で、質の高い医療と標準化や効率化をめざし、クリティカルパスを多く活用してきている。また、チーム医療を重視し、2003年より医療情報システム委員会 (HITS) で作成した「診療記録記載マニュアル」に基づき、医療チームが共同で患者の問題に取り組む患者中心の記録としてPOS記録を行っている。問題リストには医師、看護師、コメディカルが患者の問題を共有し、経過記録には#ごとにSOAPで記載し、署名を行っている。共有記録の統一により、医師の記録と重複する処置記録などは看護師が経過記録に二重に書くことを避け、検温表フローシートの記載を有効にし、看護記録の時間の短縮をはかってきた。記録時間を短縮し、少しでも患者のベッドサイドケアの時間を設けている。

救急病棟では、救急外来から次々と入院患者を受け入れ、一般病棟への転棟業務があり、毎日の看護業務は大変流動的で複雑である。一般病棟でもベッドが空いていれば、主科の病棟でなくても救急患者を受け入れているため、転棟業務や、緊急検査、手術などの時間的業務に追われがちである。その状況で看護師は患者の観察とケアの優先順位を判断してベッドサイドの時間を有効に利用して看護を行っている。たとえば、忙しい最中の一瞬のナースコールでも、ベッドサイド

ま と め

電子カルテの導入においては、適切な標準の選択と個別化を保障するシステムが不可欠である。また、医療、看護の変化に対応できるよう、「標準」も更新可能なシステムであることが必要である。

また、どのような電子システムであっても、看護記録の標準化と個別化を実現するためには、本質となる理論や思考過程と看護記録の意義を看護師が理解していること、そのための支援や継続的な教育が重要である。

在院日数が短縮化し、より高度化、複雑化する業務の中で、電子化によるメリットを最大限に活用できる環境を今後も整備していきたい。

小瀬裕美子

での患者の反応を見て、患者の訴えをよく聴き、看護問題をいくつかアセスメントし、その場で患者のニーズに合わせた個別的なケアを行っている。

しかし、そのような複雑な看護業務の中で、実際に質の高い看護を行っていても、看護の視点からアセスメントされた看護記録が書かれているかが疑問となった。ベテラン看護師が患者の個別性に合わせた卓越した看護ケアを行っていても、裏付けされた根拠と看護情報が記載されていないため、看護実践が継続されていないのである。現場での看護師の暗黙知、経験知が言語化されていないため、また記録に書かれていてもクリティカルパスなどの短略した表現であるため、具体的な継続看護として生かされていないのが現状である。

看護計画はイントラネットWebシステムから「疾患別標準看護計画」から印刷している。計画立案はされていても、システムからの印刷のみで、個別性のある追加修正ができていないことが多い。余裕のない看護師は目の前の業務と処置に追われて一日が過ぎてしまい、実際の計画の評価記録が後回しになりがちである。そして計画にそってアセスメントする思考過程で時間がかかり、記録に時間を要している。

記録改善委員会の監査では、①看護情報の不足から計画の追加や変更がされていない、②患者の問題が明確に抽出できていない、③明らかに問題となる新しい看護問題があげられていない、などを指摘してきた。身体的問題のみならず、心理的、社会的問題は、経過

記録にそのときは書かれていても、看護問題として正しくあげていないため、看護師はどのようにかわったか、患者の反応はどうであったか、またどのようにアセスメントし、看護介入していくべきかが看護計画に立案されていないことであった。問題のとらえ方がどうしても「疾患レベル」で患者をとらえて考えてしまいがちであることに気づき、全人的に看護の視点「看護レベル」から看護問題を考えるにはどうしたらよいか検討した。

そこで2007年度より記録改善委員会では「看護の見える記録」をめざし看護の視点に基づいたデータベースを作成しなおすことにした。

2. ゴードンの機能的健康パターンを用いたデータベースの作成までの経緯

1) 「看護モデル」を全人的に看護の視点でとらえるためには、看護理論や看護の概念的枠組みをふり返ることが大切である。そこで、各単位の師長、係長、記録委員、教育委員を対象に日本赤十字豊田看護大学の杉浦先生に講義(集合教育)をお願いした。

2) 治療を受ける患者の身体的状態と心理的、社会的、霊的な面から全人的に看護の視点から患者をとらえるため、「ゴードンの11の機能的健康パターン」の枠組みを用いたデータベースを作成し、看護診断を導入することにした。データベースは患者の問診欄と併用の形式とした。左側を問診欄、右側を看護師が追加情報を記載する欄とした。問診欄の患者・家族の記録が直接カルテになることで、診療や看護に参加する意識が高まり、患者と一緒に看護計画を立案する過程が明確になった。また、医療者へ言葉で伝えにくい思いや要望も書かれるようになり、心理的、社会的問題も情報が取りやすくなった。

看護側の記載欄は問診欄に記載した内容を確認し、さらにその情報の根拠を得るために、必要な項目のみ詳細を聴取することにした。患者の問題を分析し、看護診断の関連要因を確認する上で必要な記載欄である。しかし、新しいデータベースの導入後、看護側記載欄を上手に活用できていないことが見うけられた。患者の問題をアセスメントする上で情報収集がいかに必要であるか、看護問題を明確にするには患者の情報を正確にキャッチする意識が大切である。忙しい中でも日頃から意識して情報を聴取するタイミングをつくるように現場に投げかけている。処置やケアで患者にかかわる場面でも不足な情報を確認しながら、コミュニケーション技術を上手に生かし、患者が話しやすい雰囲気をつくることで気になっていることや、問題の要因も見えてくる。その方法や技術を現場で実践教育

していくことが重要である。

3) 看護診断は急性期病院であることを考慮して共同問題を含むリンダJカルベニートを用いた。院内で事例勉強会を行い、院内の記録担当者と記録改善委員会で看護診断の標準看護計画の作成中である。

3. 看護記録の教育と「看護の見える記録」に向けてデータベースから気になる情報、気づき(Cur)からコミュニケーションスキルを活用し、情報を再確認する。そして看護の視点からアセスメントできるように分析、統合し看護診断を選択する。その過程を理解できる教育が必要である。現場の係長や記録委員が中心になりカンファレンスや、ミーティングの場で実践教育していき、くり返しトレーニングすることから始めている。①身体的な面でフィジカルアセスメントする。②患者の生活面から心理・社会的側面のアセスメントをPES記録とする。PES記録を基本に患者の問題の背景から必要な看護介入は何かを考える。看護介入を具体的な行動レベルで計画立案し、実践しやすい言葉で示すことが個別性のある看護につなげていけると考える。

看護計画と看護実践が乖離しやすい現状を打破し、一人ひとりが看護計画を意識して、看護者の思考と実践行為を記録に残す習慣が大切である。看護記録が充実することは、単に記録の問題だけでなく、看護の達成感とやりがいにつながると考える。看護過程の実践PDCAサイクルをくり返し、より質の高い看護とその記録が効率よく書けるためのシステムづくりが重要である。

電子化をむかえて、看護診断を新しく学ぶ看護師も多く、なぜ、看護診断が必要であるか、再度その意義を理解するための教育も必要とされる。

看護の見える記録の充実をめざし、忙しい現場でも常に個別性のある看護記録を実践するには、患者の問題を意識して考え、行動していかねばならない。問題の情報収集能力やアセスメント能力を高められるように、現場での実践教育を具体的にしていくことが課題である。

文 献

- 杉浦美佐子(2006). 看護師教育へのITの活用—アセスメント能力開発を重視した看護過程学習支援システム—.
- 江川隆子編(2004). ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断. 東京, スーヴェルヒロカワ.

アセスメント教育へのこだわり —個別化された看護を目指した看護過程学習支援システムの活用—

小林純子

本学では2005年に看護過程学習支援システムCASYSNUPL (Computer Assisted System for Nursing Process Learning)を開発し、現在、看護過程教育に活用している。

看護過程教育にITを活用する試みを始めた背景には、1クラスあたりの学生数の増加、看護学実習開講時間数の減少という看護学教育を取り巻くハード面の問題に加え、学際的な思考やクリティカルシンキングが苦手な学生、対人関係の未熟な学生の増加というソフト面の問題があった。

看護学教育へのIT活用には、加速度的な情報流通は思考よりも情報探しを優先させ、一つの事象を熟考したり想像したりする機会を失わせるのではないか、あるいは、看護実践の中で気づくことや感じることもより情報蓄積に価値が置かれるのではないだろうかなどと懸念されているところもある(大池, 2007, p. 52)。しかし、ITを上手に効果的に活用できれば、前述の問題に対応できるだけでなく、効果的なアセスメント教育を実践するための教育的手立てとなり得る。これがひいては「個別化された看護」に結びつくものと考え。そこで、あえて精神看護学の教育に導入し、看護実践の中で気づくことや感じることを大切にする教育への挑戦を試みている。

このCASYSNUPLの特徴と活用効果(杉浦, 2005)は、

- 1) 自己学習力の促進と学習意欲の向上
 - 2) 動画・静止画等の導入による教育効果の向上
 - 3) Web化による教員—学習者間の距離短縮、双方向性の確立
 - 4) 自宅での継続的な自己学習の実現
 - 5) 思考過程の追跡・評価
 - 6) 医療分野現場の情報化・標準化への対応
- などである。とくに、6) 医療分野現場の情報化・標準化は、本セッションのテーマと関係する「電子カルテ」に相当するところである。

わが国の一般病床の平均在院日数は、19.2日に短縮している(厚生労働省平成18年病院報告)。急性期特定病院では14日以内であり、しかもこれは“理想”ではなく“基準”とされている。この平均在院日数は、入院患者の約半数が1週間以内に退院されているということを示しており、この日数では、学生は臨地実習期間中、継続して1人の患者を受け持つことが不可能である。

平成21年度カリキュラム改正のポイントの一つに「学生の看護実践能力の向上」があげられている。看護実践能力とは、患者個々の看護問題(反応)を抽出し、看護問題(反応)にあった最適な看護ケアを選択・実施できることである。このような看護師の暗黙知・経験知が継承され、患者の「個別化された看護」につながる。これらは、適切なアセスメントによって導かれるものである。入院期間の短縮により、臨地実習で1人の受持ち患者についてアセスメントし、全体像を把握するという学習の機会が確保できない場合、どのように看護実践能力の向上を図るか、その教育的手立ての考案は急務の課題であろう。

臨床で「スタッフが患者の身体的・心理的・社会的存在としての対象の全体像を捉えることができない」「電子カルテの“統合”の部分が空白」という声をしばしば耳にする。アセスメント能力を十分に備えた看護師であれば、電子カルテ上の患者の全体像が曖昧であっても、「標準化された看護計画」を「個別化」を踏まえて展開することが可能であろう。しかし、アセスメントを学ぶべき学生の時期に、その学習の機会が十分に与えられなければ、看護実践能力の向上は望めない。平均在院日数が短縮している現在、卒業してから臨床でアセスメント能力を培うということはさらに困難である。

コミュニケーションの種類には、言語的コミュニケーション・非言語的コミュニケーション・メタコミュニケーションがある。私の担当する精神看護学領域の対象者は、このうちのメタコミュニケーションに障害がある場合が多い。そのため、メッセージを受け取る学生もそのメッセージの持つ意味を読み取り、患者との相互作用を通して確認することが必要となる。

従来の看護過程での紙上模擬患者の提示では、患者の様子を、たとえば「Aさんは、もぞもぞしながら不安そうに話した」というように、「不安そう」という事例作成側のアセスメントの結論を加えた表現をせざるを得なかった。しかし、CASYSNUPLでは、動画を取り入れ、患者の行動から読み取らせる。「不安」という状態をその一言で表現するのではなく、動画から状態を観察させ、軽度からパニックまで根拠を持ってアセスメント結果を表現できるようにしている。これらの機能によって、身体的側面のみではなく、心理・社会的側面も含めた全体像のアセスメント教育ができるようになったと感じている。

精神看護学領域以外での実習では、身体的側面のアセスメントが中心となり、なかなか心理・社会的アセスメントが進まない傾向がある。精神看護学実習で担当したある学生は、成人看護学の急性期実習で、がんの再発によって手術を受ける患者を受け持った。術前準備や術後の身体管理はしっかり行えたそうである。しかし、その学生に心理的援助について質問をしたところ、『『今回は4回目の手術なので、不安はないわ』と言われていました。毎日一緒にお料理番組を見て『おいしそうね』と笑って話していました』と答えた。はたしてそうであろうか。このときの患者は、どのような笑顔であったのだろうか。学生が不在のときの表情や言動はどうであったのだろうか。消化器の手術を受ける患者は、お料理番組をどのような気持ちで眺めていたのだろうか。「手術は何回受けても慣れるものではないですよ」と語りかけてみたら、どういう反応が得られたのであろうか。学生は、患者の顕在化した問題には比較的対応できる。しかし、隠された反応を把握することは難しい。そのため、対象との相互作用の過程で気づくことや感じることを大切にできるアセスメント教育が重要なのである。

臨床での電子カルテの統合部分の記載省略傾向やクリティカルパスへの当てはめは、看護師としての暗黙知・経験知が蓄積・継承されているからこそできることである。そこが育てられていない学生は、卒業しても「標準化された看護」に当てはめるのみで、対人関係的な看護過程を通して隠された反応をとらえることのできない看護師となってしまう恐れがある。

私の担当する精神看護学領域では、対象の精神病理的側面だけではなく、治療・症状がもたらす身体的側面、心理的・社会的側面などを含め、対象の全体像をとらえることを目指してアセスメント教育を行っている。精神科病院の平均在院日数は、短縮化が図られているとはいえ、未だ330日余りであり、急性期病棟であっても3カ月以内である。他領域の臨地実習でじっくりと1人の患者とかがかわるとい物理的時間が確保されにくくなっている今だからこそ、精神看護学領域で対象の全体像が理解できるようにアセスメント教育を行い、他科に還元したいと考えている。

CASYSNUPLをより効果的に活用するために、①精神看護学教育として、対人関係障害のある患者の様子を提示できるVTRの検討、②患者の全体像がアセスメントできるような事例・データの精選、③暗黙知を共有できる教材の開発を心がけたい。看護師の暗黙知・経験知を形式知へと変換できることが、看護師の専門性・アイデンティティの確立につながる。これが、「個別化された看護」に結びつくものと確信している。

文 献

- 大池美也子(2007). 看護学教育におけるe-Learningの活用—看護技術教育への展開と体験学習—. 日本看護学教育学会第17回学術集会講演集, p.52.
- 杉浦美佐子・小林純子・松田日登美ほか(2005). アセスメント能力開発を重視した看護過程学習支援システム. 論文誌 情報教育方法研究, 8(1).